

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen 13
Volume

Número 1-2
Number

Enero-Agosto 2005
January-August

Artículo:

Percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Cardiología

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Trabajo de investigación

Percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario

MCE. Ma. Magdalena Soriano y Sotomayor,* MCE. Graciela Arriola Morales,*
MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández*

* Profesora Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue explicar y relacionar la influencia que tiene la percepción del estado de salud sobre las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario; el referente contextual fue un grupo de personas de la ciudad de Puebla, que asistió a la consulta externa de cardiología de una institución de tercer nivel. El sustento teórico estuvo constituido por algunos conceptos de la perspectiva teórica de Orem. El diseño fue descriptivo y correlacional; la muestra fue de 100 personas con síndrome coronario entre 30 y 60 años de edad; el muestreo fue no probabilístico y el tamaño de la muestra se calculó con el análisis de potencia, para una $p = .05$, un tamaño del efecto de .30 y un poder de 80 por ciento. Los instrumentos que se aplicaron fueron, una hoja de datos generales y dos cuestionarios. Los hallazgos clínicos permitieron ver a un grupo expuesto a factores contributivos como sobrepeso y obesidad, que agrega un mayor riesgo a su salud. El estudio permitió explicar y predecir la influencia de la percepción del estado de salud sobre las capacidades de autocuidado; Orem afirma, que el estado de salud, limita lo que una persona puede hacer por sí misma.

Palabras clave: Percepción del estado de salud, capacidades de autocuidado.

ABSTRACT

The purpose was to explain and relate the influence perception of the health about the self care abilities on people with coronary syndrome; the contextual referring was some people from Puebla, Mexico City, in the cardiology external advice in an institution of third level. The theoretical support was Orem the conceptual standard. The design was descriptive and correlation; the specimen was 100 people with SC between 30 and 60 years old; the specimen wasn't probabilistic; the specimen size was prepared with an analysis power, for a $p = .05$. Effect sizes of .30 and 80 percent power/capacity. The instruments were a general data sheet and two questionnaires. The clinical discoveries permitted to see an expose group to overweight and obesity, as contributed factors for major danger to the health; this study permitted to explain and predict the influence perception of the health condition over the self care abilities of syndrome coronary; Orem, who asserted that health condition in some dimensions is it reduces the fact that a people can do by him/or her self.

Key words: Perception of health condition, self care abilities.

Recibido para publicación: 19 de junio de 2005
Aceptado para publicación: 22 de septiembre de 2005

Dirección para correspondencia:
Ma. Magdalena Soriano y Sotomayor
Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
27 poniente 1303 Colonia Volcanes. 72410.
Tel: 2 29 55 00 extensión 6514. E-mail: magdasoris@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La OMS, registró durante 1990, el mayor porcentaje de defunciones por causas no transmisibles en las diferentes regiones del mundo;¹ de ellas el 58.1 por ciento fueron en Latinoamérica;² actualmente, las defunciones por enfermedades infecciosas son me-

nos frecuentes, en comparación con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las lesiones mortales, que se convierten en una carga cada vez más pesada para la sociedad (Organización Panamericana de la Salud. Prevención Secundaria de la Enfermedad Coronaria, una propuesta para Latinoamérica. Panel: Consenso sobre las pautas de prevención de muerte y ataque cardíaco de pacientes con enfermedad coronaria. Washington DC: 2000).

Existe una gran preocupación por el aumento de las enfermedades crónicas, es conocido que los enfermos logran sobrellevar sus males durante décadas y al prolongar su vida demandan una atención permanente; se sabe también, que las personas tienen la capacidad de reconocer las necesidades que deben satisfacer para mantener su salud y seleccionar las mejores acciones de autocuidado; en este proceso de percepción del estado físico o de salud, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, se relacionan directamente con la percepción de la capacidad que tienen las personas para cuidar de sí mismas o de buscar ayuda.¹

Concebir la enfermedad crónica como un padecimiento, más que como una patología, resalta la visión “desde dentro” de los actores que la padecen, esta perspectiva se centra directa y explícitamente en la experiencia subjetiva de vivir con uno o más padecimientos; la perspectiva “desde fuera”, típica de la mirada médica, minimiza o ignora la subjetividad real del que sufre.³ Al respecto, Orem⁴ afirma, que enfermería debe reconocer y buscar información desde la visión del propio paciente sobre su proceso de enfermedad, para mejorar las formas de ayuda, que constituyen uno de los objetivos del cuidado de enfermería. En algunos estudios⁵ sobre enfermedades crónicas, se dice, que existen patrones de adaptación como la aceptación reflexiva, los conflictos provocados por la incapacidad, la exageración de la dependencia, la demanda de más ayuda y una sensación de incapacidad para afrontar los acontecimientos con la consiguiente tristeza y sentimientos de desesperanza que la persona enferma puede no reconocer inicialmente, y se encontró que la responsabilidad es necesaria para el autocuidado (AC); De la Cuesta encontró que en especial las mujeres valoran su capacidad, el acceso a la ayuda y las fuerzas para autocuidarse.⁶ El hallazgo de otros estudios, fue en adultos sanos y expuestos a enfermedad cardiovascular, encontrando que el estado de salud en sus dimensiones preceptuales, predice de forma significativa las capacidades de autocuidado (CAC) (Zamora, V. Estado de salud y autocuidado en adultos ex-

puestos a enfermedad cardiovascular. [Tesis inédita de Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria]. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México: 2000.)(Da Silva, B. Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor en área urbana marginada de Monterrey. [Tesis inédita de Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria]. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México: 1997).

MARCO TEÓRICO

Orem, afirma que las CAC, tienen bases humanas para su desarrollo y las identifica en cinco componentes fundamentales: capacidades para la sensación y atención, las personas que tienen afectadas estas dos capacidades están limitadas para la búsqueda espontánea de información para autocuidarse; capacidades para saber y hacer, éstas expresan las capacidades que afectan al conocimiento, el razonamiento, la emisión de juicio y la toma de decisiones correctas en la vida diaria; capacidades y disposiciones que afectan la búsqueda de objetivos y que según Orem, expresan las condiciones que influyen en el deseo de las personas de cuidar de sí mismas y de aceptarse como personas que tienen necesidad de medidas de AC particulares; y las capacidades y disposiciones significativas que determinan en las personas el interés, la disponibilidad, la preocupación por su salud y sentirse capaces para realizar su AC.

Los factores internos y externos a los individuos que inciden en el tipo y cantidad de autocuidado requerido, son denominados por Orem, factores condicionantes básicos (FCB); uno de estos factores es el estado de salud que describe a los individuos en su mundo de existencia, e influye o modifica las capacidades de las personas para realizar acciones concretas de AC, incluye lo que una persona hace como ser humano (forma de vida mental), operando en conjunción con los mecanismos psicológicos y psicofisiológicos y una estructura material (vida biológica), en relación con la coexistencia de otros seres humanos (vida interpersonal y social). Es así, que los seres humanos deben verse como personas y como seres con estructuras y funciones; estos puntos de vista, proporcionan un considerable significado para establecer ayuda en enfermería. Dentro de este mundo interior, Orem afirma, que las personas tienen modos de adaptación a la enfermedad y al proceso de recuperación: al describir sus experiencias y reacciones del proceso de enfermar y al interpretar estas respuestas, en este ámbito se comprende la activa-

ción de los recursos de la personalidad, la minimización de los síntomas iniciales, la resignación, una gran aprehensión y una gran dependencia. A la luz de la percepción del paciente sobre su situación de salud y sus respuestas, se entiende, cómo se puede ayudar a los pacientes a afrontar y a aceptar las demandas provocadas por la enfermedad, para ello es necesario que la enfermera conozca, valore y comprenda las percepciones y las CAC que tiene la persona que demanda ayuda.

El propósito de este estudio fue explicar y relacionar la influencia de la percepción del estado de salud sobre las CAC de la persona con Síndrome Coronario (SC), con la hipótesis de que la percepción del estado de salud se relaciona y afecta de manera significativa las CAC de la persona con SC.

MÉTODO

Este estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, con una sola medición en el tiempo. La población de estudio la constituyeron personas adultas de ambos sexos que sufrieron SC, en alguno de los momentos de su estratificación (dolor típico de enfermedad coronaria, angor inestable o infarto agudo del miocardio), que se encontraban entre 30 y 70 años de edad, que acudieron a la consulta externa de cardiología de un hospital de tercer nivel de atención, y que se hallaron con la percepción normal de espacio tiempo y persona. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, por ser un grupo conocido de una institución; el tamaño de la muestra se determinó con el análisis de potencia. Las variables del estudio se midieron a través de tres instrumentos: Hoja de datos generales, cuestionario de percepción del estado de salud⁷ y la escala para estimar las capacidades de autocuidado.⁸

Las consideraciones éticas se llevaron a cabo, en cumplimiento con lo que establece La Ley General de Salud⁹ en materia de investigación, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes en el estudio; se respetó su dignidad y su bienestar, garantizando su privacidad y el derecho que tuvieron a retirarse o negarse a participar conforme a lo establecido, el estudio fue sin riesgo, porque los instrumentos que se aplicaron no se consideraron como intervenciones.

La información se procesó en un programa estadístico y en un procesador de texto. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo e inferencial, donde se aplicaron las pruebas paramétricas de regresión lineal simple y múltiple debido a los cambios insignifi-

cantes que sufren los datos por falta de normalidad de las variables, así como la prueba no paramétrica de rho de Spearman. Los resultados se presentaron en tablas de contingencias y en gráficos; se efectuaron transformaciones de algunas variables de los instrumentos, como paso previo para la obtención de índices en una escala de 0 a 100.

RESULTADOS

La información registrada permitió describir a la población de estudio mediante sus características individuales: los hallazgos del índice de masa corporal (IMC), por sexo, mostró que las mujeres tuvieron: un peso normal en un 23%, sobrepeso 4%, obesidad grado I, 4%; obesidad grado II, 8%; los hombres tuvieron: un peso normal en un 6%, sobrepeso en 21%, obesidad grado I, 21%; obesidad grado II, 13% (*Figura 1*). Estos resultados mostraron que las personas del sexo masculino se encontraron en mayor riesgo de salud con respecto al peso corporal. Para identificar el grado de relación de las variables entre sí, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman, lo que mostró una relación significativa y positiva entre la percepción del estado de salud y las CAC, en donde todas las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas (*Cuadro I*). Al someter a la prueba estadística de regresión lineal múltiple y simple a las variables del estudio se encontró que el modelo general fue estadísticamente significativo, con el siguiente resultado: $F(1, 98) = 21.522$,

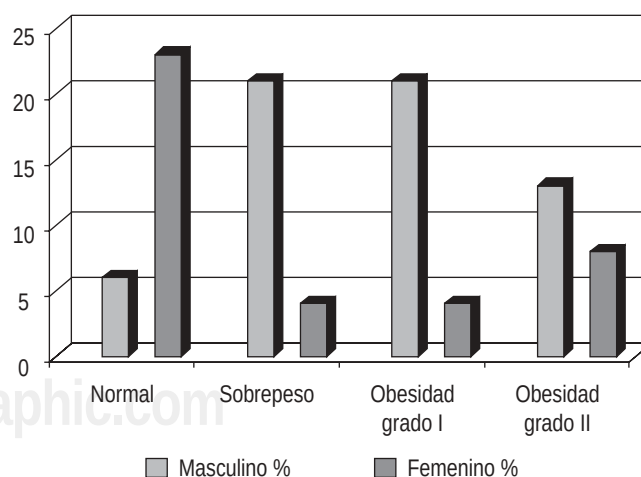


Figura 1. Índice de masa corporal por sexo en las personas con síndrome coronario.

$p = .000$; el coeficiente de determinación permitió reconocer que la percepción del estado de salud, explicó en un 18% las CAC, y sus cinco componentes. En el gráfico de dispersión (*Figura 2*), puede apreciarse que hubo asociación lineal entre la percepción del estado de salud y las CAC.

DISCUSIÓN

En relación a las características de la población estudiada se encontró, que en su mayoría fueron personas entre 60 y 70 años de edad, datos coherentes con lo reportado por investigadores y por organismos de salud internacionales sobre el incremento de enfermedades crónicas en este grupo etáreo, asimismo, se encontró un predominio de personas del sexo masculino (64%), hallazgo diferente a los reportes de diver-

sos estudios, lo que hace pensar que el tipo de muestreo no permitió hacer una mejor selección de los participantes, esta misma razón hizo que se encontraran, en su mayoría, con personas que vivían sin su pareja; aunque estos resultados no constituyeron el objetivo del estudio hacen necesarios otros abordajes investigativos que incidan en este punto para comprender mejor este fenómeno. Con respecto al IMC se encontró que, el 71% de las personas del estudio, estaban arriba de su peso corporal normal, que nos alerta ante la epidemia mundial de la obesidad, que ensombrece aún más las condiciones de salud de este grupo de personas que sufren los estragos del síndrome coronario en sus diferentes niveles de estratificación.

En forma general, se encontró que la percepción del estado de salud explicó las variaciones en las

Cuadro I. Matriz de correlación de Spearman entre la percepción del estado de salud (MOS) y las capacidades de autocuidado en las personas con síndrome coronario.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Índice general de MOS	1.000												
2 Función social	.584 .000	1.0 .											
3 Salud mental	.697 .000	.335 .001	1.0 .										
4 Funcionamiento físico	.676 .000	.413 .000	.260 .009	1.0 .									
5 Rol funcional	.586 .000	.408 .000	.200 .046	.473 .000	1.0 .								
6 Percepción de salud	.811 .000	.372 .000	.377 .000	.427 .000	.426 .000	1.0 .							
7 Dolor	.123 .222	.048 .638	.093 .355	.025 .806	.052 .608	.119 .238	1.0 .						
8 Índice general de capacidades de Ac	.433 .001	.258 .010	.370 .000	.317 .001	.166 .099	.306 .002	.001 .992	1.0 .					
9 Sensación	.347 .001	.179 .074	.400 .001	.113 .264	.059 .562	.357 .001	-.12 .217	.317 .001	1.0 .				
10 Atención	.272 .006	.288 .004	.122 .227	.250 .012	.093 .356	.188 .062	-.05 .622	.711 .001	.071 .483	1.0 .			
11 Capacidad de saber y hacer	.260 .009	.112 .265	.281 .005	.200 .046	.093 .355	.138 .172	.085 .401	.812 .000	.154 .126	.502 .000	1.0 .		
12 Disposiciones que Afectan la búsqueda de objetivos	.271 .006	.051 .613	.203 .043	.285 .004	.103 .308	.141 .162	.020 .842	.740 .000	.090 .371	.443 .000	.524 .000	1.0 .	
13 Cap. Disposiciones. Orientativas y significativas	.348 .001	.309 .002	.264 .008	.319 .001	.234 .019	.203 .043	.036 .723	.710 .000	-.02 .843	.475 .000	.555 .000	.385 .000	1.0 .

CAC, hallazgo congruente con lo que Orem afirma acerca de que algunas bases humanas para el AC tienen un marco personal de referencia centrado en los valores personales, el "yo" tal como se conoce y se percibe, el "yo" ideal, y las orientaciones de los objetivos a largo plazo; en forma específica, al analizar la influencia de la percepción de la salud sobre los cinco componentes básicos de las capacidades a través de un modelo de regresión lineal múltiple, se encontró que la percepción del estado de salud explicó:

- a) en un quince por ciento la capacidad de sensación, es decir, la habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para el inicio y finalización de las operaciones de AC, considera a los sujetos del estudio, en quienes no se encontró explicación para las CAC, tomando en cuenta, que un alto porcentaje se encontró con obesidad en diferentes grados, clínicamente puede deducirse que es un grupo de personas que tiene miedo a moverse debido a su problema cardíaco; muchos de ellos expresaron que su médico les prohibió el ejercicio y que no se encontraban en ningún programa de ejercicio supervisado, situación no coherente con las acciones internacionales sobre el ejercicio, en personas que han sufrido un evento coronario, Orem afirma que el estado de salud, limita lo que una persona puede hacer por sí misma,
- b) en un seis por ciento la presencia de capacidad de atención o habilidad para mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia con respecto a uno mismo como agente de AC y las condiciones y factores internos y externos significativos para el

AC para las personas que no se pudo demostrar que la percepción del estado de salud influyera en estas CAC; estos hallazgos pueden explicarse como el poco desarrollo en este grupo en la percepción del "yo" como agente de AC, mismo que los limita en la búsqueda espontánea de información para autocuidarse,

- c) en un siete por ciento la capacidad de saber y hacer, es decir, habilidad para razonar dentro del marco del AC de referencia; en las personas en que no se encontró que la percepción del estado de salud explicara estas CAC, se percibió, que muchos sujetos del estudio se encontraban en una fuerte dependencia de las órdenes médicas y pocos de ellos, dijeron que buscaban por sí mismos información acerca de la enfermedad cardíaca que acababan de sufrir, además, verbalizaron no saber sobre las acciones de los fármacos que les habían prescrito, ni de los efectos adversos en caso de no seguir el régimen terapéutico, ni de su propia participación en el tratamiento. Según Orem, estas capacidades cuando no se desarrollan, afectan al conocimiento, el razonamiento, la emisión de juicio y la toma de decisiones correctas en la vida diaria,
- d) en un siete por ciento la capacidad para las disposiciones que afectan la búsqueda de objetivos, o la posesión de un repertorio de habilidades cognitivas, perceptivas, manipulativas, de comunicación e interpersonales, adaptadas al desempeño de las acciones de AC; en las personas que no se pudo demostrar que la percepción del estado de salud explicara las CAC, pudo deberse por lo que afirma Orem, que los adultos abordan el AC con antecedentes de conocimientos científicos y de esta manera pueden buscar resultados en términos de funcionamiento integrado. Para los sujetos de este estudio que no buscaban por sí solos la información acerca de su padecimiento ni los efectos del tratamiento, según Orem, el desarrollo de estas capacidades expresan las condiciones que afectan el deseo de las personas de cuidar de sí mismas y aceptarse como personas que tienen necesidad de medidas de AC particulares,
- e) en un once por ciento, las capacidades y disposiciones orientativas y significativas, es decir, habilidad para realizar operaciones efectivas de AC integrándolas en los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y de la comunidad; en algunos, no se encontró que la percepción del estado de salud influya sobre las CAC; es pertinente señalar que algunos sujetos del estudio manifestaron tristeza por

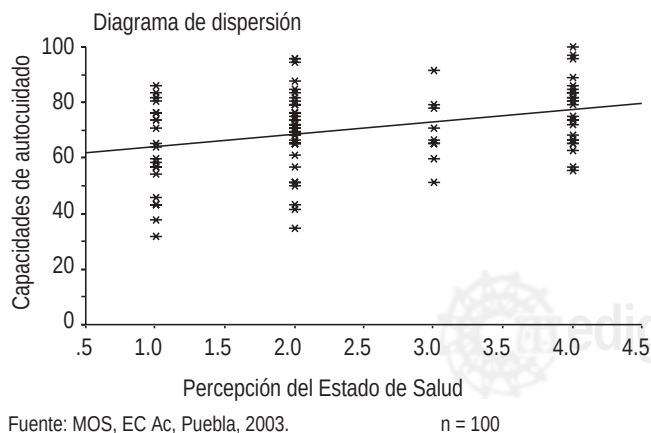


Figura 2. Relación entre la percepción del estado de salud y las capacidades de autocuidado.

haber sufrido un evento coronario, esto pudiera explicarse porque la enfermedad distorsiona nuestra relación ordinaria con los otros en una relación débil y aislada. Según Orem, estas capacidades son las que determinan en las personas el interés, la disponibilidad, la preocupación por su salud y el sentirse capaces para realizar su AC.

Por lo anterior, se hace urgente la intervención de enfermería para contribuir a lograr el autocuidado en las personas que han sufrido un evento coronario, para que perciban la importancia de su rol como agentes de autocuidado, sobre todo en el contexto de la muestra estudiada.

CONCLUSIONES

El estudio permitió relacionar algunos conceptos de la teoría general del déficit de autocuidado de Orem en habitantes poblanos con síndrome coronario; estas relaciones tuvieron el patrón sostenido teóricamente, ya que el factor condicionante básico del estado de salud en su dimensión perceptiva, influyó en las variaciones de las capacidades de autocuidado; se conoció también el comportamiento de los cinco componentes de las capacidades básicas fundamentales para el autocuidado.

Meleis afirma que las percepciones de los pacientes han sido consideradas una variable central en la teoría de enfermería y en numerosos proyectos de investigación, propone que cuando nos ocupemos del

desarrollo del conocimiento de enfermería a través de la investigación o construcción de teorías, se incluya la percepción como propiedad central,¹⁰ lo que cumple con lo propuesto en la teoría de Orem.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Suiza; 2002.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Dirección General de Estadística. Principales Causas de Mortalidad General en la Entidad de Puebla. México: INEGI; 2002.
3. Conrad P. The experience of illness: recent and new directions. In: Conrad P. Roth J. editors. *The experience and management of chronic illness*. Research in the Sociology of Health Care, Vol. 6. Connecticut: Jai Press Inc.; 1987.
4. Orem D. *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona (España): Masson y Salvat; 1993.
5. Gallegos E, Cárdenas V, Salas M. *Capacidades de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2*. Investigación y Educación en Enfermería 1999; XVII (2).
6. De la Cuesta B. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. *Revista de Salud Pública de México* 1999; 41(2): 124-129.
7. Steward MJ. Social support instruments created by nurse investigators. *Nursing Research* 1988; 38(5): 268-275.
8. Gallegos E. Validez y confiabilidad de la versión en español: Valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarrollo científico de enfermería* 1998; 6(9): 260-266.
9. Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Ley General de Salud. Reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud*. 2^{da} ed. México: Porrúa; 1987.
10. Meleis A. Revisiones en el desarrollo del conocimiento: una pasión por la sustancia. En: Nicoll. *Perspectives on nursing theory*. 2^a ed. México: Facultad de Enfermería, UANL; 1992.